



# DOLOR DE ESPALDA

Guía de Actuación Clínica en A. P.

## AUTORES

**Vicente Giner Ruiz**

Médico de Familia. Reumatólogo.  
Centro de Salud “Ciudad Jardín”. Alicante

**Joaquin Esteve i Vines**

Reumatólogo. Hospital General Universitario, Alicante

**Juan Pedro Chico Asensi**

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud “Ciudad Jardín”. Alicante





## 1. DOLOR DE ESPALDA: GENERALIDADES<sup>1-3, 5-7</sup>

El 90 % de los casos del dolor de espalda (DE), sea cual sea el segmento donde se produce, son de tipo mecánico (ver clasificación y tipos de dolor) y su pronóstico es bueno.

El origen del dolor, muy frecuentemente, no está claro. Pero esta incertidumbre no es obstáculo para actuar ya que el manejo es similar sea cual sea la causa del dolor mecánico. En todo caso sí está claro que una de las cosas importantes a hacer es no contribuir a la cronificación de los pacientes con una excesiva medicalización del manejo de una patología que tiene buen pronóstico

### 1.1. Estructuras que pueden causar dolor y origen del dolor

Las fibras anulares del disco intervertebral, las articulaciones anteriores o intersomáticas, las articulaciones posteriores o interapofisarias, las partes blandas (músculos, ligamentos, tendones y bursas), las raíces espinales a su paso por el agujero de conjunción y la médula espinal si es comprimida en el canal medular: todas pueden ser la causa del DE

### 1.2. Origen del dolor

Los procesos degenerativos óseos y ligamentosos por un lado y la sobrecarga y/o contractura muscular por abuso o mal uso de la musculatura, son las causas más frecuentes que originan el DE que denominamos mecánico. Pueden coincidir o actuar separadamente. En la práctica clínica es, en la mayoría de las ocasiones, muy difícil precisar el origen del DE

La compresión de las raíces espinales y de la médula espinal son el origen del DE extendido fuera de la columna y con manifestaciones neurológicas. La causa más frecuente de la compresión de las raíces y médula son las hernias de disco y estenosis del canal medular. Con menos frecuencia las infecciones y tumores comprimen raíces y médula.

### 1.3. Las partes blandas<sup>8</sup>

Los músculos, ligamentos, tendones y bursas rodean y forman una unidad con la parte ósea de la columna. Y también son origen de dolor. Los tendones sufren procesos degenerativos que pueden ser causa de dolor; el abuso o uso en posiciones inadecuadas de los músculos origina fatiga muscular y dolor. El estrés psicológico también se reconoce como causa de dolor muscular.

El hecho de no verse en las radiografías y el escaso predicamento de que gozan, entre pacientes y médicos, como causa “poco válida de enfermedad” de dolor, hace que su diagnóstico se infravalore. Aunque no hay estudios epidemiológicos al respecto, entre otras razones por la dificultad que entraña esta tarea, son muchos los profesionales que opinan que una gran mayoría de los DE tienen su origen en las partes blandas.

### 1.4. Clasificación

En función del tipo de dolor, de si se extiende o no fuera de la espalda y de si se acompaña o no de afección neurológica llegamos a una clasificación eminentemente clínica y muy práctica: agrupa a los pacientes en grupos que requieren un manejo común, aún sin saber el origen preciso del dolor.

#### • *Tipo del dolor*

**Mecánico:** dolor no continuo, que se produce con la movilización de la estructura dolorida; mejora francamente con el reposo. Puede dificultar el inicio del sueño si el paciente se acuesta con el dolor pero una vez que se duerme no le despierta. Está causado por procesos degenerativos óseos o ligamentosos, o por sobrecarga o contracturas de las partes blandas.

**Inflamatorio:** dolor continuo, que se exacerba con los movimientos; no mejora o lo hace escasamente con el reposo. Despierta al paciente impidiéndole dormir. Está causado por la presencia de un proceso inflamatorio articular (sinovitis) o por infecciones o neoplasias.

**Radicular:** dolor continuo que puede aumentar con determinados movimientos, de carácter lacerante y que se acompaña de parestesias; se extiende por la metámera de una raíz o territorio de un nervio periférico

#### • *Extensión o no del dolor fuera del esqueleto axial*

A la cabeza

Al miembro superior

Al miembro inferior

#### • *Con o sin síntomas y/o signos neurológicos.*

#### • Clasificación clínica práctica

1. Patología mecánica: de origen óseo, de partes blandas o ambos.

2. Patología inflamatoria: de origen inflamatorio (sinovitis), neoplásico o infeccioso.

3. Patología con dolor extendido a cabeza, miembro superior o miembro inferior:

Con síntomas y/o signos neurológicos:

-Radiculitis.

-Mielopatías.

Sin síntomas y/o signos neurológicos: de origen incierto

4. Dolor de otros órganos referido en la columna

En la tabla 1 se relacionan las enfermedades y síndromes clínicos más frecuentes, de los tres segmentos de la espalda, según esta clasificación.

### **1.5. Propuesta de actuación**

Ante todo paciente que se queje de dolor en cualquiera de los segmentos de la columna vertebral proponemos la siguiente sistemática de actuación:

#### ***1- Con la anamnesis***

Clasificar el dolor en mecánico, inflamatorio, radicular o mielopático.

Averiguar si se extiende fuera del segmento de la columna vertebral: cabeza, miembros superiores o inferiores.

Investigar si en las zonas donde se extiende hay síntomas que sugieran afectación neurológica: parestesias, disestesias, sensación de pérdida de fuerza o debilidad, dificultad a la marcha, pérdida de control de esfínteres.

Buscar la existencia de factores desencadenantes y agravantes.

Averiguar si existe sintomatología en otros órganos o sistemas: astenia anorexia, pérdida de peso, fiebre o febrícula: **criterios de alerta** (ver tabla 2)

#### ***2- Con la exploración***

Confirmar el tipo de dolor mediante la exploración de la movilidad y palpación.

En los casos con síntomas que sugieren afectación neurológica buscar los signos que confirmen la sospecha: dermatomas de anestesia o hipoestesia, disminución o ausencia de reflejos, disminución de la fuerza, Babinski, clonus.

Explorar los órganos o aparatos, fuera del locomotor, con sintomatología detectada en la anamnesis.

#### ***3- Hacer una impresión diagnóstica***

Basada en la anamnesis y exploración y situar al paciente en uno de los grupos mencionados en el apartado de clasificación.

#### **4- Solicitar pruebas complementarias**

En función de la sospecha diagnóstica que nos ayudarán a confirmarla o desecharla y establecer el diagnóstico definitivo.

#### **5- Diagnóstico definitivo.**

En la medida de lo posible intentaremos llegar a uno de los cuadros clínicos o de las enfermedades de la tabla 1. Si no podemos tendremos al paciente, al menos, en una de las opciones más genéricas del apartado de clasificación.

#### **6- Plan terapéutico con medidas farmacológicas y no farmacológicas**

##### **1.6. Pruebas complementarias**

Las comentaremos en la descripción de los cuadros clínicos de cada segmento; aquí recordaremos algunos aspectos de la interpretación de imágenes.

##### **• Radiología simple**

La artrosis radiológica es un hecho común a partir de los 45-50 años, que aumenta con la edad. Su relación con el dolor que nos cuenta el paciente es muy pobre: pacientes con artrosis radiológica no tienen dolor y pacientes sin artrosis radiológica tienen dolor.

Ello nos debe hacer prudentes a la hora de etiquetar a los pacientes con un “todo su dolor es de la artrosis” teniendo como único elemento una radiografía con cambios artrósicos que la mayoría de personas tienen a esa edad. Los estigmatizamos para toda la vida con una “enfermedad virtual radiológica” que además no tiene solución. Es razonable reconocerle la existencia de la artrosis pero probablemente es más sensato y se ajusta más a la realidad si desdramatizamos su significado patológico. Excepto casos extremos el manejo de, una lumbalgia mecánica o cervicodorsalgia de origen óseo o muscular va a ser similar.

Las imágenes radiológicas que tienen significado patológico se enumeran en la tabla 4. En la tabla 3 se exponen aquellas otras que no necesariamente son causa de dolor.

El estudio radiológico básico, que no debe solicitarse rutinariamente, comprende una radiografía (Rx) del segmento implicado en anteroposterior (AP) y lateral (L). En los procesos crónicos, más de 3 meses de evolución, deberemos pedir Rx dinámicas (lateral en flexión y extensión forzadas: se considera patológico o “inestable” diferencias superiores a los 3,5 mm) y en casos seleccionados oblicuas.

##### **• RMN y TC**

También ante estas dos pruebas complementarias, de tanto uso y predicamento en la actualidad, hemos de ser precavidos. La existencia de protusiones y/o hernias discales en ambas no siempre significa que sean la causa del dolor del paciente. Ha de existir una correlación clínica y semiológica para que establezcamos una relación causa efecto. Una hernia discal en L5-S1 sin que el dolor se irradie por el territorio de la raíz S1 o le falte un reflejo o haya una disminución de la

fuerza en el grupo muscular correspondiente, probablemente no sea la causa del dolor lumbar extendido a la pierna que nuestro paciente nos cuenta. En la tabla 5 están las indicaciones para solicitar la RMN y TC

- **Analítica**

La analítica básica a solicitar se limita a una VSG o PCR en los casos dudosos entre patología mecánica e inflamatoria; si sospechamos patología inflamatoria y consideramos que tenemos margen de tiempo para estudiarla solicitaremos bioquímica y pruebas específicas para llegar al diagnóstico de sospecha: fosfatasa alcalina, Ca, P, proteínas totales, proteinograma, látex, HLA-B27, marcadores tumorales, etc.

### **1.7. Manejo del paciente con dolor de espalda**

Ya hemos comentado que más del 90 % de los pacientes con DE pertenecen al grupo de la patología mecánica. Se trata de patología benigna pero con tendencia a recaer y en algunos casos a cronificarse. Frecuentemente el DE se asocia a la “artrosis: enfermedad para toda la vida y que no tiene cura”, con la carga psicológica que ello comporta. Factores psicosociales (ansiedad, estrés, intereses laborales,...) coinciden en estos cuadros. Todo ello hace su manejo difícil y centra la base del mismo en **conseguir una buena relación médico-paciente**. El estudio de los aspectos psicológicos implicados y la desdramatización, del significado de la sintomatología, pero reconociéndola, son también necesarios.

#### **1.7.1. Medidas terapéuticas farmacológicas**

##### **Patología Mecánica**

- Analgésicos simples

Son la base del tratamiento. En los episodios agudos deben pautarse a dosis máximas y fijas y no a demanda. Puede ser necesario asociar dos fármacos (paracetamol y codeína, por ejemplo). En los procesos crónicos se puede ser más flexible y probar si dosis menores y pautas a demanda consiguen aliviar suficientemente al paciente.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), dado que no existe proceso inflamatorio alguno, solo apartan su acción analgésica y sus efectos secundarios más severos, aunque si no conseguimos alivio con los analgésicos adecuadamente empleados es razonable utilizarlos.

- Relajantes musculares

Su uso es muy controvertido. Pueden ser útiles en períodos breves de tiempo asociados a analgésicos: si existen contracturas musculares o ansiedad que dificulta la solución del proceso es razonable utilizarlos con prudencia. La dosis mio-relajante de las benzodiazepinas suele dar sueño y es ansiolítica. Se debe prestar especial atención a no crear dependencia.

### ***Patología Inflamatoria***

En función de la causa del dolor están indicados los AINES, antibióticos y terapia antineoplásica

### ***Radículo y mielopatías***

Es posible que en estas patologías exista un componente inflamatorio que se beneficie de los AINES. Con dolor leve o moderado probar una semana con analgésicos pautados a dosis máximas, y si ni hay alivio pasar a un AINE y mantener 3 semanas antes de decidir si ha sido eficaz o no. Puede ser necesario asociar al AINE un analgésico. Es útil recordar que la mayoría de las radiculopatías ceden espontáneamente tras 2-3 meses de evolución. En las radiculopatías severas se puede recurrir a los corticoides a dosis medias y ciclos cortos (15-30 mg/día de prednisona 5-7 días)

#### ***1.7.2. Medidas terapéuticas no farmacológicas***

No existen estudios controlados que avalen algunas de las propuestas que siguen. No obstante son recomendadas por escrito, y de uso habitual en base a criterios implícitos

### ***Patología Mecánica***

- Fase aguda

Reposo relativo: limitar las actividades, evitando aquellas que causan dolor (la llamada “actividad controlada”). El reposo absoluto no mejora los resultados respecto a la intensidad del dolor y empeora la capacidad funcional; en casos especiales (por ejemplo, lumbalgia aguda intensa) puede estar indicado uno o dos días, con reinicio de la actividad al tercero. (Sí que existe evidencia de esta recomendación)

Calor: aplicado con bolsa, manta eléctrica, paños etc durante 10-15 minutos 2-3 veces al día se consigue alivio del dolor.

Masaje: con una crema grasa -no medicinal- el masajeo suave de las zonas doloridas puede ocasionar alivio.

- Fases subaguda y crónica

Factores desencadenantes y agravantes: en el trabajo, en casa o en actividades de ocio siempre existen gestos, posiciones, movimientos que desencadenan y agravan el dolor; es imprescindible identificarlos e intentar corregirlos. Igualmente con los aspectos psicosociales.

Ejercicio: mejorar la elasticidad y la fuerza muscular de la espalda aumenta la resistencia a la aparición del dolor.

## **1.8. CRITERIOS DE DERIVACIÓN/INTERCONSULTA**

- Sospecha de patología grave: A URGENCIAS

Infecciones

Neoplasias (oncología o a la especialidad correspondiente como no demorable).

Síndrome de la cola de caballo

Radiculopatía o mielopatía progresivas (sumación de síntomas nuevos o agravamiento de los que ya hay en días o semanas)

- Patología inflamatoria por artropatías: A REUMATOLOGÍA

- Patología mecánica crónica, no controlada médicamente, susceptible de cirugía: A TRAUMATOLOGÍA

Espóndilolisis

Inestabilidad articular

Espóndilolistesis

- Patología radicular aguda no controlada en 4 semanas o crónica en 3 meses: A TRAUMA O NEUROCIRUGÍA

- Mielopatía crónica invalidante: A TRAUMATOLOGÍA O NEUROCIRUGÍA

- Patología mecánica crónica, no controlada médicamente, no susceptible de cirugía

Estudiar medidas ortopédicas, fisioterapia, rehabilitación: A TRAUMATOLOGÍA O REHABILITACIÓN

Para confirmar diagnóstico: A REUMATOLOGÍA



**Tabla 1: Clasificación clínica de la patología de la espalda<sup>1</sup>**

<b>1- CERVICALGIAS</b>	<b>Dolor mecánico</b>	Cervicalgia posterior aislada o cervicalgia simple	<b>Aguda (tortícolis)</b> <b>Subaguda</b> <b>Crónica</b>
	<b>Dolor mecánico</b>	Dolor extendido fuera de la región cervical	<i>Sin afección neurológica</i> <b>Síndrome cervicocefálico</b> (a cabeza) <b>Cérvicobraquialgia</b> (a miembro superior)
			<i>Con afección neurológica: radicular</i> <b>Neuralgia de Arnold</b> (a cabeza) <sup>2</sup> <b>Radiculopatía C3</b> (a la cabeza) <sup>2</sup> <b>Radiculopatía C4</b> (a la cabeza) <sup>2</sup> <b>Neuralgia cervicobraquial</b> (a miembro superior)
			<i>Otros</i> Lesiones del plexo braquial Tumor de Pancoast
	<b>Dolor inflamatorio</b>	Otros	<i>Con afección neurológica: medular</i> <b>Mielopatía cervical</b>
			<b>Esguince cervical</b> <b>Síndrome del simpático cervical posterior</b> <b>Insuficiencia vértebrobasilar<sup>3</sup></b>
	<b>Referidos de otros órganos o estructuras</b>	Dolor cervical	<b>AR</b> <b>Polimialgia reumática</b> <b>Espíndiloartropatías</b> <b>Infecciones</b> <b>Neoplasias</b>
			<b>Del hombro</b> <b>Del trapecio</b> <b>Tumores de la fosa posterior</b>
			<b>Tumor de Pancoast</b> <b>Periartritis espáculo humeral</b> <b>Insuficiencia coronaria</b>
		Cervicobraquialgias	
<p>1-En negrita las enfermedades y síndromes clínicos</p> <p>2- Por las características de su inervación motora (pequeños músculos) y sensitiva (solapamiento con otras raíces) los signos objetivos de lesión son difícilmente apreciables)</p> <p>3-Se trata de un síndrome neurológico. Se incluye y comenta por su diagnóstico, equivocado frecuentemente, asociado a cervicalgias.</p>			

**Tabla 1: Continuación**

<b>2- DORSALGIAS</b>	Dolor mecánico		Dorsalgia interescapular o benigna Dorsalgia baja o dorsolumbalgia
	Dolor extendido	Dolor extendido fuera de la región dorsal	<i>Sin afección neurológica</i> <b>Infrecuente</b>
			<i>Con afección neurológica: radicular</i> <b>Neuralgia intercostal</b>
			<i>Con afección neurológica: medular</i> <b>Mielopatía dorsal</b>
	Dolor inflamatorio		Espóndiloartropatías Infecciones Neoplasias
Referidos de otros órganos o estructuras		Del omóplato Patología gástrica Patología cardiovascular Patología pulmonar Patología digestiva Patología urológica	
<b>3.- LUMBALGIAS</b>	Dolor mecánico		Lumbalgia simple (lumbago) Lumbalgia subaguda Lumbalgia crónica
	Dolor extendido	Dolor extendido a piernas	<i>Sin afección neurológica</i> <b>Ciatalgia o lumbalgia irradiada</b>
			<i>Con afección neurológica: radicular</i> <b>Cruralgia</b> <b>Ciática</b> <b>Claudicación neurógena</b> <b>Síndrome de la cola de caballo</b>
			<i>Con afección neurológica: medular</i> <b>Mielopatía lumbar</b>
Dolor inflamatorio		Espóndiloartropatías Infecciones Neoplasias	
Referidos de otros órganos o estructuras		Patología urológica Patología digestiva Patología ginecológica	

**Tabla 2: Criterios de alerta en el DE\***

Fiebre, escalofríos o sudoración fuera de lo habitual
Astenia, anorexia, pérdida de peso, mal estado general
Dolor invalidante o que no mejora con tratamiento adecuado
Edad avanzada con el inicio de los síntomas reciente
Alteraciones de la visión, gusto u olfato
Alteración de esfínteres
Cambios en el hábito intestinal
Signos de radiculopatía bilateral o unilateral de varias raíces
Debilidad muscular progresiva
Ausencia de pulsos en extremidades
Alteraciones de la consciencia
VSG o PCR elevadas

\* Siempre y cuando no se puedan atribuir a una causa ya conocida y estudiada

**Tabla 3: Imágenes radiológicas que frecuentemente no son causa de DE**

Artrosis interapofisaria e intersomática
Escoliosis
Cambios en las curvas fisiológicas
Nódulos de Schmorl
“Enfermedad” de Scheuermann
Anomalías de transición
Hiperostosis anquilosante
Estenosis vertebral
Estenosis del agujero de conjunción

**Tabla 4: Imágenes radiológicas con significado patológico**

Líticas y blásticas
Erosiones en los platillos de los cuerpos vertebrales
Disminución del espacio discal sin otros signos de artrosis
Falta de pedículo en una vértebra
Aplastamiento vertebral no traumático
Listesis

**Tabla 5: Indicaciones de la TC y RMN en el estudio del DE**

Patología mecánica o radicular no filiada: con criterios de alerta más de tres meses de evolución y/o opción quirúrgica
Sospecha de mielopatía
Patología inflamatoria no filiada
Valoración de tratamiento quirúrgico

## 2. PATOLOGÍA CERVICAL: CUADROS CLÍNICOS<sup>1, 5, 7</sup>

### 2.1. CERVICALGIAS MECÁNICAS

#### 2.1.1. *Cervicalgia posterior aislada o cervicalgia simple*

Dolor localizado exclusivamente en la región cervical; se acepta que puede extenderse hasta la región dorsal alta y zona del deltoides

Se presenta de tres formas diferentes:

- Cervicalgia aguda (tortícolis)

Dolor de instauración brusca o rápida (horas) relacionada con movimientos bruscos o forzados, frío o corrientes de aire; frecuentemente aparece al levantarse el paciente por la mañana. Se acompaña de una gran limitación de la movilidad que es muy dolorosa. Cede espontáneamente en no más de 6-7 días.

Manejo: normas generales de la patología mecánica. No precisa collarín ni pruebas complementarias. Si no se ha resuelto en 6-7 días hay que replantearse el diagnóstico, buscar criterios de alerta y pedir Rx cervical AP y L y analítica básica, buscando patología diferente a la mecánica y en su caso derivar.

- Cervicalgia subaguda

La instauración del dolor suelen ser lenta y la intensidad moderada o leve, dura semanas o meses, y remite. Puede recidivar o evolucionar a crónica.

Pruebas complementarias: similares a la cervicalgia crónica.

Manejo: el general ya indicado; el enfoque inadecuado del médico, excesiva medicalización, puede contribuir a que se haga crónica.

- Cervicalgia crónica (superior a 3 meses)

Dolor de intensidad moderada o leve pero continuo: dura años. Prácticamente no tiene períodos de remisión total aunque puede oscilar la intensidad. Escasa o

nula limitación de la movilidad; resultan dolorosos los movimientos extremos. Más frecuente en la mujer. Puede acompañarse de conflictos en la esfera psicosocial.

Pruebas complementarias: a partir de los 3 meses de evolución, si no se le han hecho previamente, es razonable pedir una Rx cervical AP y L junto a una analítica básica. Antes no son necesarias.

Manejo: es difícil y se basa en las normas mencionadas en el manejo general de la patología mecánica subaguda y crónica.

### ***2.1.2. Cervicalgia extendida sin afección neurológica***

- Síndrome cérvicocefálico

Dolor cervical que se extiende a occipucio, vértex, parietales y frente. Se describe como peso, “gorro que aprieta”, “banda que aprieta”. Es crónico o a brotes. Se da a cualquier edad y es más frecuente en mujeres. Se acompaña de un amplio cortejo de síntomas y sensaciones que sugieren un grave problema intracraneal, pero nunca encontramos ningún signo de lesión neurológica. El paciente puede referir: parestesias en la cabeza que describe como hormigueos, quemazón, electricidad, acorchamiento, “una cosa que me corre”; vértigos, mareos, inestabilidad a la marcha, pérdidas de equilibrio; acúfenos, hipoacusia. Casi siempre existen síntomas en otros aparatos, igualmente difíciles de objetivar: dificultad para tragar, dispepsia no ulcerosa, hipogastralgia, artralgias, raquialgias, disnea suspirosa, dolor torácico, decaimiento, astenia... Siempre están presentes los conflictos psicosociales

- Exploración: es normal o anodina. No requiere pruebas complementarias y cuando las pedimos son igualmente normales o sin significado patológico.

Manejo: una buena relación médico-paciente y el reconocimiento inicial de lo mal que se encuentra el paciente son la base del manejo. Después: investigar, tratar y ver de resolver en lo posible los conflictos psíquicos; los ansiolíticos y antidepresivos son necesarios con frecuencia; los analgésicos pueden intentarse aunque con resultados desalentadores. Collarines, tracciones y rehabilitación institucional son innecesarios.

- Cérvicobraquialgia

Término descriptivo para referirnos al dolor cervical que se extiende a miembro superior sin signos neurológicos que implique la lesión de una raíz cervical tal y como ocurre en la radiculopatía cérvicobraquial. Su origen es incierto. No precisa pruebas complementarias aunque en función de la duración es razonable pedir Rx cervical AP, L y una analítica básica que tranquilice al paciente. Los analgésicos son la base del tratamiento.

### **2.1.3. Cervicalgia extendida con afección neurológica: radiculopatías**

En la figura 1 se muestra la distribución de los dermatomas de las raíces cervicales; en la tabla 6 se relacionan los signos de las radiculopatías cervicales y en la 7 maniobras de exploración útiles en el estudio de las radiculopatías.

- **Neuralgia o radiculopatía cérvico-braquial<sup>4</sup>**

Lesión de las raíces cervicales, a su paso por el agujero de conjunción, de origen mecánico, inflamatorio y frecuentemente ambos. Se produce por una hernia discal, artrosis, infecciones, tumores o traumatismos. Las raíces que con mayor frecuencia se afectan son C7, C6, y C5.

Cursan con dolor cervical que se extiende a miembro superior, como tal dolor y/o parestesias, hasta los dedos de la mano, a modo de banda más o menos precisa.

Exploración: el sufrimiento de la raíz se manifiesta necesariamente con signos neurológicos: hipoestesia o analgesia en una metámera, disminución clara o ausencia de un reflejo, disminución franca de la fuerza de la musculatura inervada por la raíz implicada.

Manejo: suele ser un proceso autolimitado; como promedio dura 3 meses en los que se impone un tratamiento conservador con el objetivo principal de controlar el dolor, que puede ser intenso, para que el paciente acepte el tiempo de espera. Empezamos con analgésicos –uno o dos asociados- y seguimos, si no conseguimos alivio, con AINES, y corticoides a dosis medias (15-30 mg/día de prednisona) en pauta de 4-7 días si fuese preciso. El collarín semirrígido o rígido está indicado en los casos de dolor severo, también en períodos cortos (7 – 10 días)

- **Neuralgia de Arnold**

Corresponde a una lesión de la rama posterior de la raíz de C2; es infrecuente y de origen incierto. Cursa con dolor cervical que se extiende, unilateralmente, a occipucio, vértex, temporal y zona ocular. Esta raíz no tiene inervación motora y la sensitiva se extiende por las zonas indicadas aunque su alteración es difícil de objetivar.

- **Radiculopatía C3**

Dolor cervical que se extiende a pabellón auricular y zona circundante. La inervación motora corresponde al trapecio junto con C4. La afección neurológica es difícil de objetivar.

- **Radiculopatía C4**

Dolor cervical que se extiende a la zona del hombro delimitada por la espina de la escápula, la clavícula y zona media del deltoides. Resto de características similares a la radiculopatía C3.

### **2.1.4. Cervicalgia extendida con afección neurológica: mielopatía**

- Mielopatía cervical

Lesión de la médula en el canal raquídeo producida por la patología degenerativa de la columna sobre la base, en ocasiones, de un canal estrecho. Se da a partir de los 50 años con un cuadro progresivo y abigarrado con alguno o varios de los síntomas o signos que siguen: parestesias y malestar en los pies; dificultad a la marcha por debilidad, torpeza, inseguridad, agarrotamiento; falta de control de esfínteres; hiperreflexia en extremidades inferiores con o sin hiporreflexia en las superiores; Babinski, clonus, signo de Lhermitte.

## **2.2. CERVICALGIA INFLAMATORIA**

- Por artropatías

Las más frecuentes son la polimialgia reumática, la artritis reumatoide y las espondiloartropatías (espondilitis anquilosante sobretodo)

- Por infecciones (espondilodiscitis)

Es infrecuente en la columna cervical. Su sospecha obliga a remitir con carácter urgente al paciente. Los gérmenes más frecuentes son: *Staphylococcus aureus*, *Scherichia coli*, *Mycobacterium tuberculosis* y *Brucella mellitensis*.

- Por tumores

Corresponde a diseminación metastásica y son infrecuentes en la columna cervical. Cuando se da, los tumores primitivos están en: próstata, mama, riñón, pulmón y tiroides.

## **2.3. OTRAS CERVICALGIAS**

- Síndrome simpático cervical posterior o de Barré y Liéou

Postulado por algunos como la consecuencia de alteraciones en el sistema simpático cervical (nervio vertebral), a su paso por el canal transversal, producidas por la artrosis, isquemia, traumatismos... Otros dudan de su existencia ante la imposibilidad de objetivarlo. Clínicamente se corresponde con el que hemos denominado "síndrome cérvicocefálico"; este último, ya lo hemos dicho, tampoco tiene clara su etiopatogenia pero tiene la ventaja de no etiquetar al paciente con "posibles" patologías orgánicas que lo marcan de por vida.

- Insuficiencia vértebro basilar

Se define como episodios de caída brusca al suelo (por pérdida de fuerza en las extremidades) con pérdida de conciencia o no, desencadenados por movimientos bruscos de la cabeza. Siempre encontramos algún signo objetivos de lesión neurológica: vértigo con nistagmus, hemianopsia, parálisis oculomotoras, alteraciones cerebelosas. La causa implicada en su patogenia son fenómenos transitorios de isquemia en zonas irrigadas por la arteria vertebral.

- Esguince cervical o cervicalgia postraumática

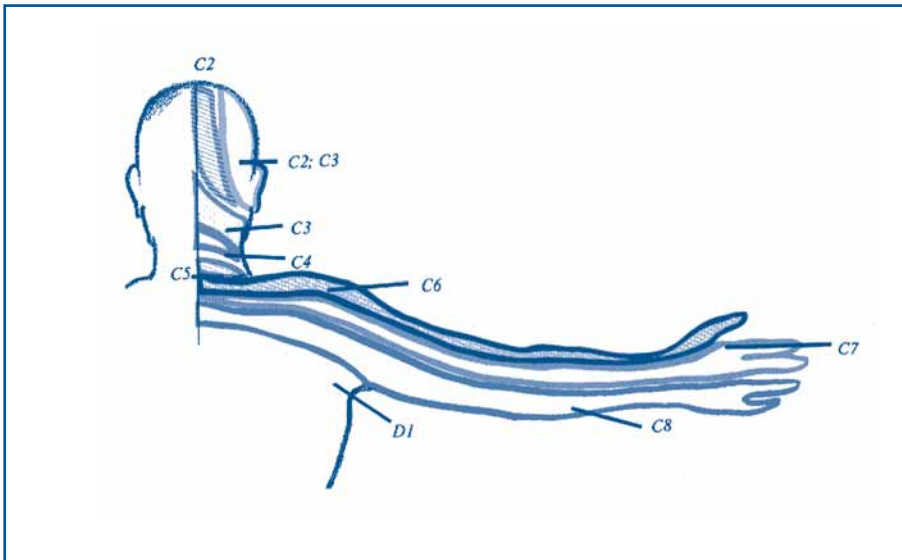
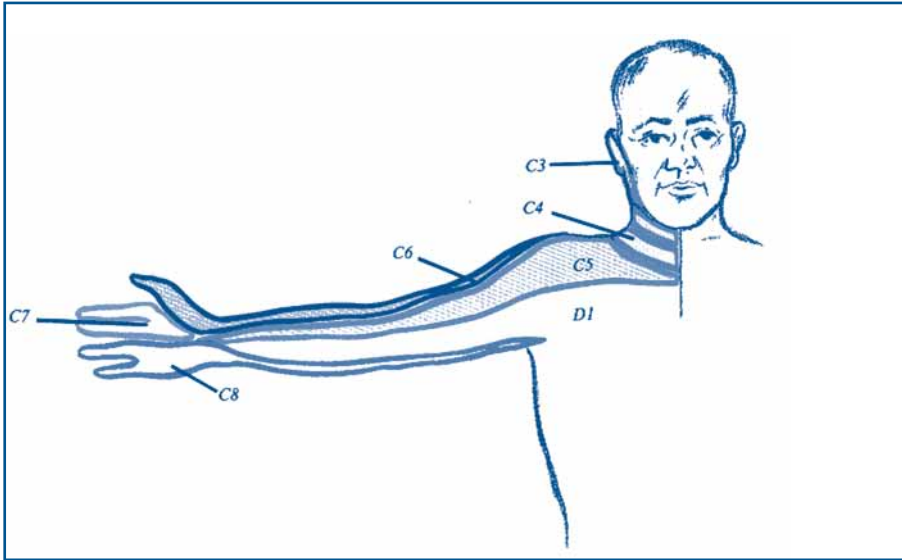
La causa más frecuente de este síndrome son los accidentes de coche. Las implicaciones laborales y de reclamación de cantidades a las compañías aseguradoras lo hacen difícilmente manejable. Dada su importancia se están realizando estudios en cadáveres y en pacientes con el síndrome. Las conclusiones son desalentadoras: se desconocen las lesiones que se producen y el origen de la sintomatología. Es cierto que muchos pacientes utilizan la situación para obtener beneficios, pero achacar todos los casos al interés de las compensaciones o a alteraciones psicológicas, no parece tampoco sensato ni real. Se utilizan los analgésicos, AINES y relajantes musculares. Probablemente sea sensato derivarlos.

**Tabla 6-Radiculopatías cervicales: alteración de la fuerza y reflejos**

<b>RAÍZ</b>	<b>PÉRDIDA MOTORA</b>	<b>PÉRDIDA DE REFLEJO</b>
<b>C3</b>	Elevación del trapecio	Ninguno
<b>C4</b>	Elevación del trapecio	Ninguno
<b>C5</b>	Abducción del brazo (deltoides) Flexión del brazo (bíceps)	Bicipital
<b>C6</b>	Flexión del brazo (biceps) Supinador corto	Bicipital Estiloradial (supinación)
<b>C7</b>	Extensión del brazo (triceps)	Tricipital
<b>C8</b>	Extensores de la muñeca	Estilocubital (pronación)



Figura 1- Dermatomas de las raíces cervicales y D1



**Tabla 7- Maniobras de exploración cervical**

<b>RADICULARES:</b>	
<b>De Spurling o de compresión</b>	Ejercer presión con las manos, sentido cráneo-caudal, sobre la cabeza del paciente que está ligeramente inclinada lateralmente sobre el lado en el que se sospecha que puede haber compresión radicular. Si se provoca el dolor radicular del que se queja el paciente o se aumenta el que tiene, indica <b>compresión de la raíz</b> .
<b>De distracción</b>	Maniobra contraria a la anterior: debe provocar alivio del dolor si hay <b>compresión radicular</b> .
<b>De estiramiento</b>	El brazo del lado afecto se abduce a 90° con el antebrazo vertical. Se extiende el codo mientras se lleva el brazo hacia atrás y se rota (gira) la cabeza hacia el lado contrario. Si se reproduce el dolor radicular del que se queja el paciente o aumenta el existente <b>indica compresión radicular</b> .
<b>De Valsalva</b>	Con la respiración contenida se hace fuerza para aumentar la presión abdominal. Si se reproduce el dolor radicular del que se queja el paciente o aumenta el existente <b>indica compresión radicular</b> .
<b>OTRAS</b>	
<b>De Bustos</b>	Deslizar el dedo índice por la línea media del occipital; al llegar al borde inferior aparece un hueco que corresponde a la <b>posición del atlas</b> que no tiene apófisis espinosa. Se continúa hacia abajo y se palpa una prominencia: apófisis espinosa del <b>axis</b> . Siguiendo hacia abajo no palpamos nada: huecos de la lordosis de <b>C3, C4 y C5</b> . A seguir se palpan tres relieves óseos prominentes que son las apófisis espinosas de <b>C6, C7 (el mayor) y D1</b> .
<b>De Lhermitte</b>	Al flexionar el cuello se produce una sensación de descarga eléctrica desde la nuca a la columna y/o piernas y/o brazos; <b>sugiere la existencia de una mielopatía</b>

## **3. PATOLOGÍA DORSAL: CUADROS CLÍNICOS<sup>2, 5,</sup>**

### **3.1 DORSALGIA MECÁNICA**

#### **3.1.1. Dorsalgia interescapular o dorsalgia benigna**

Dolor de localización imprecisa en la zona interescaular. Frecuentemente se acompaña de parestesias : hormigueo, quemazón, frío-calor, pinchazos. Suelen existir factores desencadenantes: trabajo, posiciones, tras el parto, situaciones de

estrés, cambios emocionales. Se presenta en dos formas clínicas: de la mujer joven y del adulto y anciano. Evoluciona de forma subaguda o crónica. No precisa estudios complementarios excepto en los casos que se alargue, para tranquilidad del paciente.

### **3.1.2. Dorsalgia baja o dorsolumbalgia**

Suele ser siempre de carácter orgánico por lo que está indicado el estudio radiológico inicial para descartar patología degenerativa de la columna como responsable del dolor.

### **3.1.3. Dorsalgia extendida sin afección neurológica**

Muy infrecuente. En ocasiones la patología de partes blandas de la escápulas del paciente la refiere como dolor interescapular de tipo mecánico. La exploración minuciosa de la columna dorsal y del omóplato nos permiten localizar los puntos gatillo típicos del dolor mecánico escapular.

### **3.1.4. Dorsalgia extendida con afección neurológica: radiculopatías**

- Neuralgia intercostal

La lesión de las raíces dorsales por hernias discales son excepcionales (un caso por millón de habitantes); cuando ocurren lo hacen por debajo de D8 y sobretodo en D11 y 12. Suelen asociarse a medulopatía por estrechamiento del canal. El cuadro clínico es muy variable en este segmento: dolor dorsal que se extiende a tórax que puede ser de tipo mecánico o con características radicales: urente, con parestesias. El diagnóstico es difícil por lo que hay que recurrir a las exploraciones complementarias: RMN, TC y estudio electrofisiológico. Derivar su sospecha.

### **3.1.5. Dorsalgia extendida con afección neurológica: mielopatía**

También muy rara. La causa más frecuente son las infrecuentes hernias discales. Se manifiesta con signos de piramidalismo en extremidades inferiores.

## **3.2. DORSALGIA INFLAMATORIA**

Generalmente se afecta el segmento bajo o dorsolumbar. Las causas son similares a las que expondremos en la patología lumbar. (Tabla 1)

# **4. PATOLOGÍA LUMBAR: CUADROS CLÍNICOS<sup>3, 6, 8</sup>**

## **4.1. LUMBALGIAS MECÁNICAS**

### **4.1.1. Lumbalgia aguda (lumbago)**

Dolor de inicio brusco o desarrollo en pocas horas, de no más de 2 semanas de evolución. Habitualmente desencadenado por la realización de algún esfuerzo (no

necesariamente de gran intensidad), mal gesto o gesto repetitivo, sobreuso de la espalda y en ocasiones sin causa aparente. El dolor es intenso, especialmente durante los primeros días, con gran limitación de todos los movimientos que resultan muy dolorosos. El dolor es continuo pero claramente aumentado con los movimientos.

Manejo: las normas habituales para los procesos agudos de carácter mecánico ya comentadas. No son necesarias pruebas complementarias. Si al final de la segunda semana no ha habido una mejoría franca reconsideraremos la anamnesis, exploración y pediremos Rx de c. lumbar AP y L y analítica básica para mantener o no el diagnóstico de lumbalgia mecánica y en su caso derivar. Durante el tiempo que se realizan las pruebas complementarias procuraremos alivio del dolor con analgésicos y AINES si fracasan los primeros; reincorporación, gradual pero precoz, a las actividades habituales.

#### **4.1.2. Lumbalgia subaguda**

Dolor que persiste más de 2 semanas y menos de 3 meses. Suele ser de intensidad moderada. A la exploración hay moderada o escasa limitación de la movilidad y no resulta tan dolorosa o lo es a los movimientos extremos

Manejo: Si evoluciona de una lumbalgia aguda ya debe tener el estudio comentado que nos reafirma su carácter mecánico. Si es un paciente que acude por primera vez deberemos, en primer, lugar reevaluar la historia y exploración y pedirle la analítica y radiología comentadas en la lumbalgia aguda. Confirmado que se trata de una lumbalgia mecánica podemos añadir un AINE si no hemos controlado el dolor con analgésicos. Buscaremos factores desencadenantes y agravantes tanto en la vida familiar como laboral y valoraremos el estado de ánimo, situación familiar y laboral. Recomendaremos la denominada actividad controlada, intentando la reincorporación al trabajo para evitar el reposo prolongado. Si el dolor es leve iniciar los ejercicios para reforzar la musculatura. Es fundamental encontrar el equilibrio entre el estudio adecuado y no medicalizar excesivamente la situación para no contribuir a reforzar la sensación de enfermedad y favorecer la cronificación. Si dura más de 3 meses la consideramos crónica

#### **4.1.3. Lumbalgia crónica**

Dolor de más de 3 meses de evolución. Puede ser continuo o con intervalos más o menos largos de remisión. Es de intensidad leve o moderada. La exploración puede ser normal, con ligera limitación de la movilidad y/o dolor a los movimientos extremos.

Manejo: es un problema difícil de resolver; requiere una sistemática de estudio que valore todos los posibles aspectos implicados:

- 1- Reevaluar la historia buscando factores desencadenantes y agravantes tanto en la vida familiar como laboral y analizando el estado de ánimo, situación familiar y laboral. Volver a explorar intentando

precisar la causa del dolor. Repetir Rx si no son recientes: AP, lateral, oblicuas y dinámicas.

2- Valorar si hay alteraciones que pueden ser causa del dolor (ver tabla 4) y pueden beneficiarse de medidas ortopédicas o quirúrgicas y derivar al cirujano ortopédico (traumatólogo)

3- Si no hay opciones quirúrgica ni ortopédica insistir en: medidas farmacológicas para controlar el dolor, medidas higiénicas (corregir factores desencadenantes y agravantes) y ejercicios de columna (fortalecimiento de la musculatura), tratar las alteraciones del ánimo, intentar el reinicio al trabajo. Si no consideramos viables estas medidas podemos derivar al servicio de rehabilitación para considerar la fisioterapia.

#### ***4.1.4. Lumbalgia extendida al miembro inferior (MI) sin afección neurológica***

- Ciatalgia

Entendemos como ciatalgia el dolor lumbar que se extiende por MI sin que cumpla los criterios para ser etiquetado de cruralgia o ciática. Como en la cervicobraquialgia su origen es incierto y su evolución, en general, autolimitada. No precisa pruebas complementarias, aunque en función del tiempo de evolución es razonable pedir las Rx y analítica básicas. Los analgésicos son la base del tratamiento; es razonable probar AINES cuando estos fracasan.

#### ***4.1.5. Lumbalgia extendida al MI con afección neurológica: radiculopatías***

En esta patología la estructura lesionada son las raíces espinales. La causa más frecuente es la hernia discal aunque también se origina por infecciones o tumores. Según la raíz o raíces lesionadas tendremos diferentes síndromes clínicos. En la figura 2 se muestra la distribución de los dermatomas de la raíces lumbares; en la tabla 8 se relacionan los signos de las radiculopatías lumbares y en la 9 las maniobras útiles para su diagnóstico. A continuación describimos los síndromes clínicos más frecuentes:

- Cruralgia

Neuralgia o radiculopatía del nervio femoral (crural) originado en las raíces L2 a L4. Se produce, habitualmente, por lesión de las raíces L3 o L4. Es menos frecuente que la ciática. Cursa con dolor que se extiende desde la zona lumbar, por la cara externa de la nalga a la cara anterior del muslo, rodilla y pierna. Puede ser intenso, urente, lancinate, empeorar por la noche y acompañarse de parestesias.

- Ciática

El nervio afectado en este caso es el ciático que se forma con fibras de las raíces de L4 a S3. Las raíces que se lesionen con más frecuencia son L5 y S1 (98 %

de los casos). Las características del dolor son similares a la cruralgia. La irradiación del dolor depende de la raíz; para L5 por nalga, cara posteroexterna del muslo y pierna y cara dorsal del pie hasta el primer dedo; para S1 por el hueco popliteo a la pantorrilla y cara plantar del pie hasta quinto dedo.

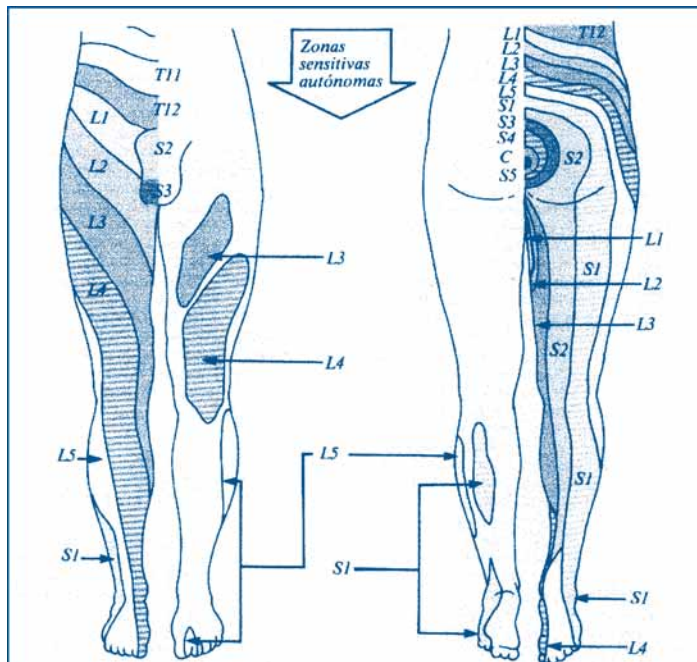
- Claudicación neurógena

Síndrome clínico con lesión de varias raíces por estrechamiento del canal lumbar. Se expresa con dolor lumbar constante o intermitente que se extiende, uni o bilateralmente, a nalgas, muslos y piernas; aparece con la marcha y bipedestación prolongada mejorando claramente con el reposo o la flexión del tronco hacia delante; se puede acompañar de parestesias, adormecimiento, debilidad, alteración en el control de esfínteres. Los signos de afección neurológica son: ausencia del rotuliano o aquileo, disminución distal de la sensibilidad vibratoria. El diagnóstico es eminentemente clínico; solo en los casos dudosos o con una evolución agresiva recurrimos al estudio electrofisiológico. El tratamiento es conservador: explicación detallada al paciente, analgésicos, AINES y ejercicio controlado.

- Síndrome de cola de caballo

Síndrome grave, por estenosis del canal, con lesión de las últimas raíces lumbares y alteraciones severas a la marcha, del control de esfínteres y en la erección y eyaculación. Es el único en el que hay una indicación quirúrgica clara.

**Figura 2. Dermatomas de las raíces lumbares y sacras**



#### 4.1.6. Lumbalgia extendida al MI con afección neurológica: mielopatía

En la columna lumbar son más frecuentes las lesiones de las raíces que de la médula.

### LUMBALGIAS INFLAMATORIA

1. Por artropatías

Las espondilartropatías y entre estas la espondilitis anquilosante, son las más frecuentes.

2. Por infecciones (espondilodiscitis): ver en dolor cervical

3. Por tumores: ver en dolor cervical

**Tabla 9. Maniobras en las radiculopatías lumbares.**

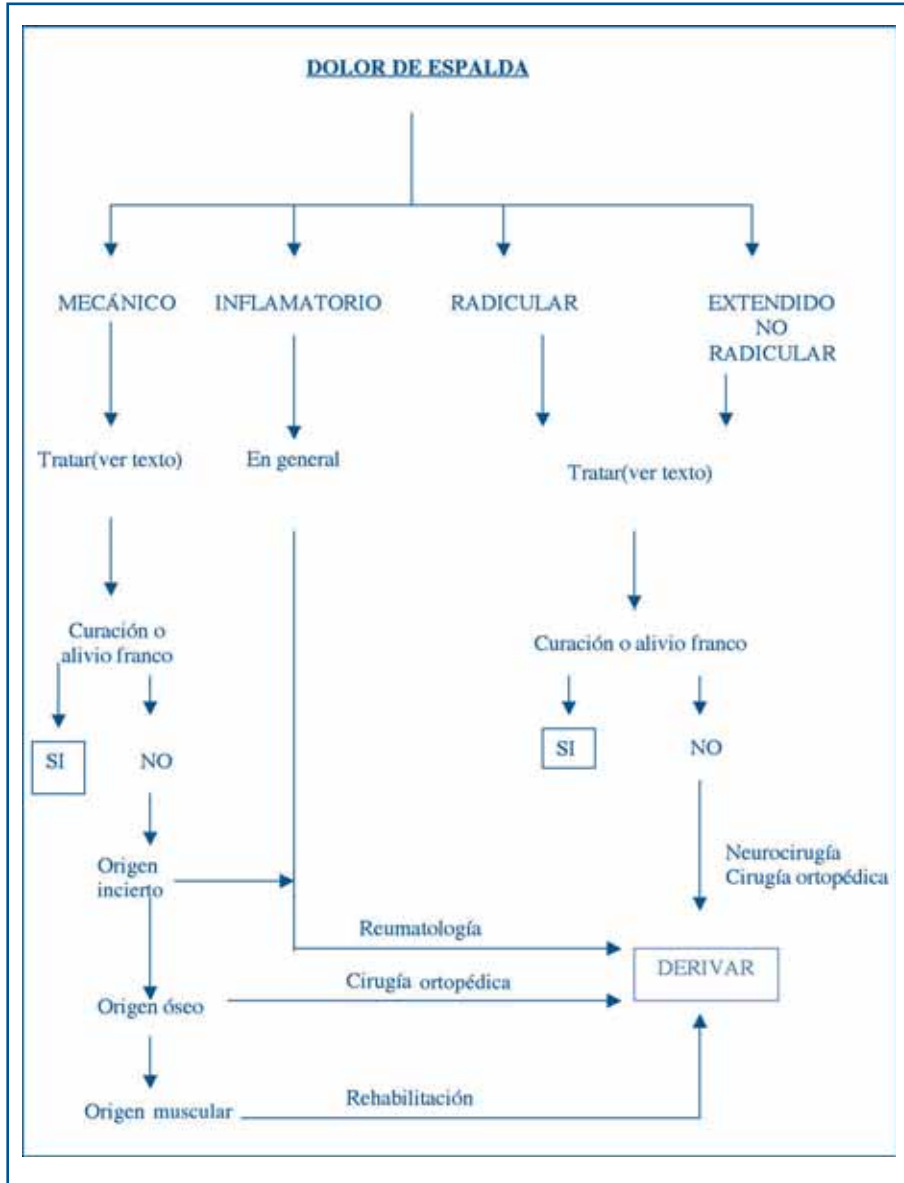
MANIOBRA	DESCRIPCION
<b>Radiculares:</b>	
de Lasègue	Con el paciente en decúbito supino se levanta la pierna con la rodilla en extensión: si aparece dolor irradiado a la pierna se considera positiva. Se anota los grados a que es positiva para controles posteriores. <b>Se considera positivo seguro antes de los 40°-50°, dudoso a partir de los 50° y no valorar a partir de los 60°</b>
Lasègue contralateral	Con el paciente en decúbito supino se levanta la pierna no afectada con la rodilla en extensión y aparece dolor irradiado en la pierna del lado afectado. <b>Es muy fiable, probablemente la que más</b>
Lasègue posterior	Con el paciente en decúbito prono se hiperextiende la extremidad inferior con la rodilla flexionada y provoca dolor en la cara anterior del muslo. <b>Elongación de la raíz L3 o L4</b>
de Valsalva	La prueba es positiva si el aumento de la presión abdominal provoca dolor lumbar (movilización vertebral por desfase entre la contractura paravertebral y la abdominal) o radicular (deformación del saco dural al parecer por repleción excesiva del plexo extradural). Teóricamente útil para el diagnóstico diferencial
<b>Otras:</b>	
de Schober	Consiste en hacer una marca en el espacio intervertebral L5-S1 (línea horizontal que une los hoyuelos situados en la inmediaciones de las espinas ilíacas posterosuperiores) y otra marca en las apófisis espinosas de la columna 10 cm por encima de la primera. Al flexionar la columna, en condiciones normales, <b>la amplitud entre ambos puntos aumenta más de 3 cm, si no es así hay limitación de la flexión.</b>
de Adams	Al hacer una reverencia observamos si existen asimetrías en la espalda

## PUNTOS CLAVE

- Con la anamnesis debemos aclarar, prácticamente siempre, si el dolor de espalda es mecánico, inflamatorio, se extiende fuera de la espalda o no.
  - El estudio radiológico no está indicado de forma rutinaria.
  - A todo paciente con dolor de espalda de origen no establecido debemos preguntarle por los signos de alerta.
    - El denominado dolor mecánico puede originarse tanto en las estructuras óseas como en las musculares: en la mayor parte de los casos el componente de partes blandas es el que predomina.
      - La actitud del médico, en los primeros contactos con el paciente, es determinante en la evolución posterior del dolor de espalda de origen mecánico: un enfoque inadecuado favorece la cronicidad.
        - La búsqueda y corrección de los factores desencadenantes y agravantes del dolor de espalda es imprescindible para evitar las recaídas.
          - La causa más frecuente del dolor mecánico de espalda son las malas posiciones en las actividades cotidianas: sentarse, agacharse, mover objetos,...
          - En el tratamiento inicial de los cuadros agudos debemos incluir información adecuada sobre el diagnóstico, pronóstico y manejo.
            - En los síndromes de dolor crónico mecánico es imprescindible informar al paciente de las posibles causas de su dolor, de su evolución en general benigna y comprometerlo en el manejo del mismo. Debemos investigar siempre la existencia de factores psicosociales.
              - El manejo del dolor crónico es multidisciplinario debido a los diferentes factores que lo producen.
                - El ejercicio físico es uno de los pilares en el manejo del dolor de espalda mecánico.
                  - Hay evidencia científica de calidad respecto a que el reinicio precoz de las actividades cotidianas, mejora el pronóstico funcional de los episodios agudos de dolor de espalda



## 5. ALGORITMO DEL DOLOR DE ESPALDA



## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Roig Escofet D. Síndromes cervicales. En: Roig Escofet D, editor. Reumatología en la consulta diaria: Espax, 1997; 91-98.
2. Roig Escofet D. Dorsalgia. En: Roig Escofet D, editor. Reumatología en la consulta diaria: Espax, 1997; 99-102.
3. Roig Escofet D. Síndromes de origen lumbar. En: Roig Escofet D, editor. Reumatología en la consulta diaria: Espax, 1997; 91-98.
4. Swezy RL. Conservative treatment of cervical radiculopathy. J Clin Rheumatol 1999; 5: 65-73
5. Sánchez Burson J. Cervicalgia. Dorsalgia. Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas. Panamericana eds. Madrid 2000; 90-96.
6. Moyá Ferrer F. Lumbalgia. Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas. Panamericana eds. Madrid 2000; 96-103.
7. Humbría Mendiola, A. Patología compresiva del raquis. Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas. Panamericana eds. Madrid 2000; 492-499.
8. Low Back Pain. En: Sheon Robert P, Moskowitz Roland W, Goldberg Victor M. Soft Tissue Rheumatic Pain (Third edition). 158-207.



## DOLOR DE ESPALDA

### ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA:

Posibles síndromes clínicos

| 1. Patología mecánica: de origen óseo, de partes blandas o ambos. |   |   |
|---|---|---|
| Región cervical   | Cervicalgia posterior aislada o cervicalgia simple: | Cervicalgia aguda (torticolis)<br>Cervicalgia crónica<br>Cervicalgia subaguda |
| Región dorsal   | Dorsalgia interescapular o dorsalgia benigna        |   |
|   | Dorsalgia baja o dorsolumbalgia                     |   |
| Región lumbar   | Lumbalgia aguda (lumbago)                           |   |
|   | Lumbalgia subaguda                                  |   |
|   | Lumbalgia crónica                                   |   |

| 2. Patología inflamatoria: de origen inflamatorio (sinovitis), neoplásico infeccioso. |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| Región cervical   | Por artropatías                     | Polimialgia reumática<br>Artritis reumatoide<br>Espóniloartropatías (EA sobre todo)   |
|   | Por infecciones (espónilodiscitis)  | Infrecuentes.<br>Gérmenes como zona lumbar  |
|   | Por tumores                         | Infrecuentes.<br>Corresponde a diseminación metastásica.<br>Primitivos como en columna lumbar                                     |
| Región dorsal   | Similares a las lumbares            |   |
| Región lumbar   | Por artropatías                     | Espóniloartropatías (EA, sobre todo).   |
|   | Por infecciones (espónilodiscitis): | Los gérmenes más frecuentes son:<br>Staphylococcus Aureus, Scherichia coli,<br>Mycobacterium tuberculosis y Brucella mellitensis. |
|   | Por tumores:                        | Los tumores primitivos están en:<br>próstata, mama, riñón, pulmón.  |

| 3. Patología con dolor extendido a cabeza, miembro superior o, miembro inferior: |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>CON</b> SÍNTOMAS Y/O SIGNOS NEUROLÓGICOS                                      | Radiculitis o radiculopatía                                   | Región cervical                                | Neuralgia o radiculopatía cérvico-braquial |
|  |   |  | Neuralgia de Arnold                        |
|  |   | Radiculopatía C3                               |  |
|  |   | Radiculopatía C4                               |  |
|  | Región dorsal   | Neuralgia intercostal                          |  |
|  | Región lumbar   | Cruralgia                                      |  |
|  |   | Ciática  |  |
| Claudicación neurógena   |   |  |  |
| Síndrome de cola de caballo  |   |  |  |
| Mielopatías.   | Mielopatía cervical<br>Mielopatía dorsal<br>Mielopatía lumbar |  |  |
| <b>SIN</b> SÍNTOMAS Y/O SIGNOS NEUROLÓGICOS:                                     | Región cervical   | Síndrome cérvicocefálico<br>Cérvicobraquialgia |  |
|  | Región dorsal   | <u>Infrecuente</u>                             |  |
|  | Región lumbar   | Ciatalgia                                      |  |

| 4. Patología referida de otros órganos o estructuras |  |
|--|--|
| Región cervical                                      | Del hombro, trapecio y tumores de fosa posterior                         |
| Región dorsal  | Del omóplato; Patologías digestiva, cardiovascular, pulmonar y urológica |
| Región lumbar  | Patologías digestiva, urológica y ginecológica.                          |



## MEDIDAS TERAPÉUTICAS

Patología de difícil manejo. Es imprescindible conseguir una buena relación médico-paciente. Es necesario el estudio de posibles componentes psicológicos implicados.

### Medidas terapéuticas farmacológicas

#### *Patología MECÁNICA*

- Analgésicos simples; Relajantes musculares; AINES

#### *Patología INFLAMATORIA*

- En función de la causa del dolor:
- AINES, Antibióticos y terapia antineoplásica

#### *RADICULO Y MIELOPATIAS*

- Analgésicos y AINES.
- La mayoría de las radiculopatías ceden espontáneamente tras 2-3 meses de evolución.
- Radiculopatías severas: se puede recurrir a los corticoides.

### Medidas terapéuticas no farmacológicas

|                       |                          |  |
|-----------------------|--------------------------|--|
| PATOLOGÍA<br>MECÁNICA | Fase aguda               | Limitar las actividades, evitando aquel que causan dolor (la llamada “actividad controlada”), <u>Calor</u> , <u>Masaje</u> . |
|                       | Fases subaguda y crónica | Buscar factores desencadenantes agravantes; Ejercicio.   |

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN/INTERCONSULTA

|  |   |   |
|--|---|---|
| Sospecha de patología grave  |   | A URGENCIAS   |
|  | Infecciones   |   |
|  | Neoplasias  |   |
|  | Síndrome de la cola de caballo  |   |
|  | Radiculopatía o mielopatía progresivas (sumación de síntomas nuevos o agravamiento de los que ya hay en días o semanas) |   |
| Patología inflamatoria por artropatías   |   | A REUMATOLOGÍA  |
| Patología mecánica crónica, no controlada médicamente, susceptible de cirugía    |   | A TRAUMATOLOGÍA   |
|  | Espón dilolisis   |   |
|  | Inestabilidad articular   |   |
|  | Espón dilolisis   |   |
| Patología radicular aguda no controlada en 4 semanas o crónica en 3 meses        |   | A TRAUMA O NEUROCIRUGÍA   |
| Mielopatía crónica invalidante   |   | ATRAUMATOLOGÍA O NEUROCIRUGÍA   |
| Patología mecánica crónica, no controlada médicamente, no susceptible de cirugía |   | Estudiar medidas ortopédicas, fisioterapia, rehabilitación: REHABILITACIÓN O TRAUMATOLOGÍA. |
|  |   | Para confirmar diagnóstico: REUMATOLOGÍA  |